

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE 800

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Gregor, Etienne DEVAUX

Né le 4 Février 1926, à BUCAREST

présentée et soutenue publiquement le

**LES SCLERODERMIES
POST-TRAUMATIQUES**

Président : Monsieur R. DEGOS (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

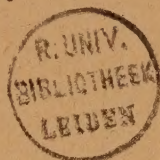
Jean, Gregor, Etienne DEVAUX

né le 4 février 1926 à Bucarest

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-



LES SCLERODERMIES POST-TRAUMATIQUES

--:-

Président : Monsieur R. DEGOS (Professeur)

--:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEsSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app.à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	(Hôtel-Dieu MENEGAUX
	(Salpêtrière MOULONGUET
	(Cochin QUENU
	(Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	) BOULIN
Clinique gynécologique	{ FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
Cliniques Médicales	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	{ DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR VALLERY-
	{ RADOT
Cliniques Obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL	Pat.chir.	{ DUBOST
	{ DEBEYRE		{ FAUREL
	{ DELMAS		{ FLABEAU
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN
Ana.Path.	{ Melle GAU-	Pat.expéri-ment.	{ GOSSET
	{ THIER V.		{ LAURENCE
	{ BUSSER		{ LORTAT-JACOB
	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)
Bactério- logie	{ CHRISTOL	Path.Méd.	{ POILLEUX
	{ NEVOT		{ THOMERET
Biol.Méd.	BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)
Chimie Méd.	{ ETTORI		{ MAURICE
	{ POLONOVSKI J.	Pédiatrie	{ LOEPER
Dermato-syph.	DUPERRAT		{ BOUVIER
Embryologie	TUCHMANN		{ BOUDIN
Histologie	{ COUJARD		{ BRICAIRE
	{ N.	Pharmacol.	{ BRISSAUD
Hydrologie	CORNET		{ CASTAIGNE
Hygiène	{ BOYER		{ CONTE
	{ DEPARIS		{ DEROT
Mal.infect.	BASTIN	Physiol.	{ DOMART
Médecine) légale et du Trav.)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE
	{ GAULTIER		{ LAROCHE
Neurochir.	{ HADENGUE		{ MACREZ
	DAVID		{ MILLIEZ
Neurologie	LHERMITTE	Physique)	{ PEQUIGNOT
	{ GRASSET		{ PERRAULT
	{ LE LORIER		{ RAMBERT
	{ LEPAGE		{ ROYER
Obstétrique	{ MERGER	Médicale)	{ THIEFFRY
	{ MORIN		{ TURIAF
	{ RAVINA		{ WOLFROMM
	{ ROBEY		{ POLONOVSKI Cl.
Ophtal- mologie)	{ BREGEAT	Pneumo-phtis.	{ MOZZICONACCI
	{ DESVIGNES		{ JOSEPH
Orthopédie	JUDET	Psychiatrie	{ Melle LEVY
Oto-rhino- laryngol.)	{ AUBRY		{ BARGETON
	{ MADURO	Physique)	{ DEJOURS
Parasito.	BRUMPT		{ PARROT
Parasito col.	CHABAUD	Médicale)	{ DJOURNO
	{ ABOULKER		{ GOUGEROT
	{ BARCAT	Pneumo-phtis.	{ KREIS
	{ BAUMANN		{ BARUK
Path.chir.	{ CAUCHOIX	Psychiatrie	{ PICHOT

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie.....KUSS
 Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie.....N...
 { DREYFUS
 Clinique M. { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMATTRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEGOS

Professeur de Clinique des Maladies
Cutanées et Syphilitiques à la
Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
de nous confier ce sujet qui
n'a pu être réalisé*que grâce
à ses précieux conseils ;
qu'il trouve ici l'expression
de notre profonde reconnaissance
et de notre respectueuse admi-
ration.

A Messieurs les Docteurs DAVID et AUPINEL
Chirurgiens à l'Hôpital de Saint-Denis

A Monsieur le Docteur DELAFONTAINE
Médecin à l'Hôpital de Saint-Denis
(In Memoriam)

A mes Frères

dont le soutien moral
n'a beaucoup aidé.

A mes Amis.

LES SCLERODERMIES POST-TRAUMATIQUES

- :-

INTRODUCTION

-:-

L'extraordinaire fortune de la conception de KLEMPFERER sur les maladies du Collagène a remis le groupe des Sclérodermies au premier plan de l'actualité médicale.

L'étiologie de ces affections n'en reste pas moins fort obscure, qu'il s'agisse de formes généralisées ayant obtenu droit de cité en pathologie générale ou de formes circonscrites, apanage encore exclusif des dermatologistes.

Dans quelques cas pourtant, la maladie déchire d'elle-même un coin de son voile en nous révélant son mécanisme initial. C'est le cas des Sclérodermies post-traumatiques.

Bien que constituées de faits rares et disparates, ces formes ne doivent pas être négligées, car elles permettent d'apprécier mieux que dans toute autre la part respective des facteurs locaux et généraux dont on discute le rôle respectif dans la genèse de toutes ces lésions.

L'étude de ces formes nous montrera d'ailleurs s'il en était besoin combien ce groupe des Sclérodermies apparaît hétérogène.

-:-

Les premiers cas de Sclérodermie post-traumatique rapportés dans la littérature sont le fait des auteurs Allemands.

Le premier semble être celui de LEISSINK qui, en 1869, dans le Deutsch Klinik rapporte l'observation d'un garçon de 6 ans qui trois mois après une morsure du genou suivie de contusion, développe une sclérodermie en bande de la cuisse.

Un deuxième cas est rapporté par FIEBER l'année suivante dans le Wiener Klinische Wochenschrift concernant une fillette de 11 ans présentant une sclérodermie en plaque de l'épaule apparue quelques mois après un traumatisme de la même région.

En 1875, un troisième cas est rapporté par BERHNARDT et SCHWABOCH dans le Berliner Klinische Wochenschrift. Il s'agissait d'un homme de 27 ans atteint d'une sclérodermie en bande du membre inférieur développée quelques mois après un traumatisme de la crête tibiale.

Par la suite, les cas se sont multipliés.

En France, le premier cas fut signalé par DUBREUILH en 1909 (Sclérodermie en bande du front chez une fillette de 6 ans).

En 1915, THIEBIERGE réalise une étude d'ensemble de la Sclérodermie post-traumatique. Il peut réunir trente trois observations plus ou moins suggestives qu'il classe en sept rubriques :

1) Sclérodermie en plaque ou en bandes localisées au niveau du traumatisme (dix cas)

2) Sclérodermie en plaques multiples dont la première plaque est apparue à la suite et au siège d'un traumatisme (sept cas).

3) Sclérodermie en plaques généralement multiples survenue en des points exposés à des pressions répétées (cinq cas).

4) Sclérodermie diffuse d'un membre atteint de traumatisme (un cas).

5) Sclérodermie généralisée développée à la suite d'un traumatisme (quatre cas).

6) Sclérodermie progressive développée à la suite d'un traumatisme (cinq cas).

7) Sclérodermie aggravée par un traumatisme intercurrent (un cas).

L'auteur n'apporte pas de conclusion formelle : "De l'ensemble de ces observations on peut dire que le traumatisme est la cause déclenchante ; la démonstration se base tantôt sur l'ordre chronologique, sur le rapport topographique, parfois même les deux interviennent.

Mais il est très délicat de fixer le mécanisme pathologique des lésions sclérodermiques.

Somme toute le traumatisme n'est qu'un des termes d'une étiologie complexe et n'intervient que comme cause déterminante mettant en action une ou plusieurs conditions pathogéniques existant antérieurement variant peut-être suivant la forme clinique que revêtira la sclérose cutanée".

En 1918, BURNIER y consacrait sa thèse en rapportant un nouveau cas.

Depuis, quelques observations éparses ont été signalées en particulier en 1944 par GOUGEROT, BLUM & DUPERRAT.

A la clinique Dermatologique de l'Hôpital St-Louis, deux nouveaux cas ont été observés durant ces cinq dernières années, ce qui nous a incité à reprendre ce problème.

OBSERVATIONS CLINIQUES

-:-

Nous rapportons ici les deux observations du service du Professeur DEGOS. Une étude de la littérature nous a permis de retrouver trente neuf cas mentionnant des faits analogues que nous résumerons à la suite des observations précédentes.

°°°

Nous avons systématiquement éliminé toutes les observations dans lesquelles le traumatisme remontait à plus de 6 mois avant le début de la maladie. Le traumatisme pourra être : banal (coup, chute, plaie, etc...) thérapeutique (injection médicamenteuse) chirurgical ou à type de micro-traumatismes répétés (pression, frottement).

Les Sclérodermies annulaires après circoncision et par brides amniotiques posent un problème très spécial et seront envisagées dans un chapitre particulier.

-:-

OBSERVATION N° I

(Service du Professeur DEGOS, Hôpital St-Louis
PARIS)

o

Sclérodermie en plaque unique avec bulles hémorragiques de la région inguinale gauche consécutive au frottement d'un bandage herniaire.

Monsieur DEL... Raymond, mécanicien, âgé de 56 ans, se présente à l'Hôpital St Louis le 26/I/54 pour la première fois.

Au niveau de l'aîne gauche existe un placard sclérodermique mesurant 12 cm de long sur 3 cm de haut.

La lésion recouvre grossièrement le triangle de Scarpa. Elle est centrée par une volumineuse bulle à contenu hémorragique au voisinage de laquelle on peut découvrir trois autres bulles, beaucoup plus petites, au stade croûteux.

Le placard sclérodermique en son centre présente une consistance lardacée et est entouré par une zone érythémateuse ébauchant un lilac ring. Au niveau de ce placard la peau est sèche, fine et adhérente, les bords sont assez irréguliers, curvilignes sa partie supérieure. La lésion est parfaitement indolente. C'est vers Juillet 1953 que la lésion a débuté à la suite de la mise en

place d'un bandage herniaire. Une tache érythémateuse rapidement parsemée de petites croûtelles a été la première lésion constatée.

Le malade quelques mois plus tard a fait acquisition d'un second bandage herniaire pour modifier le point de frottement.

Malgré ceci, les lésions ont continué à évoluer vers la constitution d'une morphée typique.

L'élément inguinal reste parfaitement isolé et l'examen complet des téguments et des muqueuses ne révèle pas d'autre lésion. L'examen complet est entièrement négatif. Le cyto-diagnostic de la bulle montre de nombreuses hématies et quelques cellules épithéliales non altérées. La biopsie de la bulle montre qu'il s'agit d'un décollement sous-épidermique en masse avec oedème diffus et hémorragique du derme papillaire. Un dosage de créatinine urinaire donne un chiffre de 0,80 ‰.

Le traitement envisagé est :

- 1) La suppression du bandage.
- 2) Des infiltrations locales de novocaïne.
- 3) Puis un implant in situ d'amnios.

Cette thérapeutique n'amène pratiquement pas d'amélioration. Pas plus que :

- une série de quinby qui est d'ailleurs mal tolérée,

- une série d'ultra-sons.

Par contre, les infiltrations locales d'hydrocortisone amènent une amélioration considérable (6 injections). Lors de la dernière consultation à St-Louis (22/2/57) il ne persiste plus qu'une lésion cicatricielle, le lilac ring est disparu ainsi que les bulles hémorragiques.

--:-

OBSERVATION N° 2

(Service du Professeur DEGOS, Hôpital St Louis
PARIS)

Sclérodermie en plaques disséminées - Plaque initiale scapulaire droite consécutive à un traumatisme de cette région - Dissémination secondaire.

Madame LEB... Andrée, sans profession, 47 ans, vient consulter à l'Hôpital St Louis le 25/I/57 pour des lésions cutanées disséminées. Le début de la maladie remonte à Juillet 1956, date à laquelle la malade a fait une chute sur la région dorsale ayant entraîné un volumineux hématome de la face postérieure de l'épaule droite ainsi qu'une cervicalgie. Au niveau du point d'impact du traumatisme, après la résorption de l'hématome apparaît une morphée tout à fait typique suivie d'une dissémination très importante. Lors du premier examen, il s'agit d'une sclérodermie en plaques très profuse constituée d'éléments ovalaires ou arrondis, ivoirins en leur centre, de 1 à 16 cm de diamètre, confluent par place en véritable nappe et qui ont tous une bordure érythémateuse des plus nettes. Il existe au total une trentaine d'éléments disséminés sur le tronc et la racine des membres ; la face, le cuir chevelu, les muqueuses et les mains sont indemnes. Il n'y a pas de myosite ni de troubles moteurs. A remarquer, la tendance télangiectasique de quelques rares plaques. L'étude des antécédents de

cette malade n'apporte aucun éclaircissement. Elle a présenté une otite il y a plusieurs années qui avait nécessité un évidement pétro-mastoïdien. De plus en 1952, elle a subi une cholecystectomie pour lithiase.

L'examen général reste négatif - T.A. à 14-9 ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumines - le B.W. est négatif.

Différents examens complémentaires sont pratiqués :

- calcémie	99 milligrammes
- lipides totaux	7,5 g
- cholestérol	2,65 g
- cholestérol estérifié	1,65 g
- rapport	0,62
- glycémie	1,12 g

Les radiographies de la colonne cervicale sont normales.

Un traitement de quinby à raison de 2 injections par semaine pendant 6 semaines associées à 150.000 unités de Vitamine A per os chaque jour pendant 1 mois entraîne une stabilisation des lésions. Un traitement de consolidation par une seconde série de quinby éa été pratiquée.

La malade a été revue pour la dernière fois le 18 mai 1957.

Toute évolutivité a cessé et la plupart des lésions sont en voie d'effacement.

OBSERVATION N° 3
DE LEISSINK (1869)

Garçon de 6 ans qui après une morsure du genou droit puis une contusion du tendon rotulien de ce même genou a présenté trois mois plus tard une tache rouge au siège des anciennes lésions.

Cette tache s'est étendue progressivement et lorsque l'enfant fut examiné, une sclérodermie en bande s'était constituée s'étendant de la rotule à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

o

OBSERVATION N° 4
DE FIEBER (1870)

Fille de 11 ans, a remarqué depuis huit mois une tuméfaction douloureuse de l'omoplate gauche.

La tuméfaction s'est étendue progressivement recouvrant les fosses sus et sous-épineuses. D'autres taches sont apparues de teintes variables entourées d'un halo brunâtre sur le membre supérieur gauche.

En même temps les muscles sous-jacents étaient frappés d'atrophie.

L'enfant déclare avoir été souvent frappée sur l'épaule et sur la poitrine.

o

OBSERVATION N° 5
DE BERNHARDT & SCHWABACH (1875)

Homme de 27 ans qui, à la suite d'un traumatisme de la crête tibiale droite a présenté quelques mois après des bandes et des plaques scléreuses de la jambe, du genou et de la cuisse remontant jusqu'au pli fessier.

o

OBSERVATION N° 6
DE WEBER (1877)

Homme de 27 ans qui, à la suite d'une luxation du médius gauche, présente une sclérodermie du nez, coudes, genoux, mains et pieds, de constitution progressive.

o

OBSERVATION N° 7
DE SYMPSON (1884)

Fillette de 5 ans qui, à la suite de 2 chutes successives sur le genou droit, présente quelques mois plus tard une bande de sclérodermie s'étendant de l'aîne au dos du pied suivant une largeur variable entre 5 et 9 centimètres.

o

OBSERVATION N° 8
DE TORGGLER (1889)

Jeune fille de 18 ans présentant une sclérodermie importante de tout le membre inférieur droit réduisant celui-ci au 1/3 de son volume normal.

La peau est lisse, indurée, rouge, avec quelques taches jaunâtres. La maladie est apparue

à l'âge de 13 ans peu après une chute sur le membre inférieur droit et l'évolution s'est faite sans intermittence.

o

OBSERVATION N° 9
DE RIEBL (1890)

Apparition chez une femme de 28 ans d'une plaque indurée brun rougeâtre de la face antérieure de l'avant-bras gauche attribuée au frottement de la tête de son enfant qui repose à cet endroit. Par la suite d'autres plaques se sont développées sur l'autre avant-bras et sur le thorax.

o

OBSERVATION N° 10
DE NIXON (1891)

Garçon de 11 ans qui, à la suite d'un violent coup de pied sur la fesse gauche a présenté des malaises, céphalées, fatigues dans les jambes et état fébrile.

Après un mois, la peau du genou gauche était infiltrée, une bande rouge se dessine sur la face interne de cuisse correspondant au trajet du nerf cutané interne allant de la symphyse pubienne jusqu'à 5 cm au-dessus du genou.

Puis il ressent une raideur du tronc côté gauche, de même à la face et au membre supérieur gauche.

Entre temps, une tache rouge apparaît sous la clavicule gauche, s'étendant progressivement jusqu'à l'acromion, suivant les branches superficielles du plexus cervical. Une autre

bande descend de l'épaule à la styloïde radiale gauche.

Ultérieurement, il se produit une atrophie de la moitié gauche de la langue, de la voûte palatine, du bras et de la jambe gauches.

o

OBSERVATION N° 11
DE SCHOFFER (1894)

Femme de 41 ans qui après un traumatisme du genou droit vit apparaître une sclérodermie qui s'est progressivement généralisée.

o

OBSERVATION N° 12
DE GRUNFELD (1894)

Homme de 50 ans, traumatisé par la chute d'une pierre sur le tibia droit provoquant une tuméfaction importante et très douloureuse.

Quelques semaines plus tard, le blessé présente une sclérodactylie des 2ème et 3ème phalanges de tous les doigts puis une sclérodermie progressive du membre inférieur droit s'étendant du 1/3 inférieur de cuisse au pied inclus.

o

OBSERVATION N° 13
DE DERCUM (1896)

Homme de 43 ans, reçoit un choc violent sur le derrière de la tête, produisant une contusion grave de la région occipitale.

La blessure guérit rapidement, mais trois à quatre mois plus tard survient une sclérodémie généralisée.

L'auteur rapporte que le choc nerveux fut la cause déclenchante de l'affection et non pas la blessure en elle-même.

°

OBSERVATION N° 14
DE LESLIE ROBERTS (1900)

Enfant de 2 ans qui, après une blessure de la paroi abdominale, présente une zone induite au siège de la lésion puis la morphee s'étendit sous forme de tache isolée à l'épaule, bras et avant-bras et doigts droits en suivant les trajets des nerfs médian et radial.

°

OBSERVATION N° 15
DE SCHTSCHERIN (1903)

C'est le cas d'une femme de 40 ans qui après une chute violente sur le coccyx et sur le dos a présenté peu après une sclérodémie des deux membres inférieurs.

°

OBSERVATION N° 16
DE MATZMANER (1903)

L'auteur rapporte le cas d'une jeune fille atteinte d'une sclérodémie en plaque. Ces plaques de dimensions variables occupent les épaules, les hanches et les points particulièrement exposés à la pression.

°

OBSERVATION N° 17
DE CULLEN (1904)

Jeune fille de 14 ans présente une plaque de sclérodermie à la face postérieure de l'épaule gauche.

L'affection est apparue quelques mois après un traumatisme de cette épaule.

o

OBSERVATION N° 18
D'ULLMANN (1905)

Homme de 24 ans qui vit apparaître deux plaques de sclérodermie avec lilac-ring occupant, l'une la face antérieure de la cuisse, l'autre sur le rebord costal du même côté au niveau de la ligne axillaire.

Le malade attribue ces lésions au frottement produit par des pièces de monnaie se trouvant dans ses poches de pantalon et de gilet et qui correspondent aux zones atteintes.

o

OBSERVATION N° 19
D'EDDOWES (1905)

Jeune officier de Police, présente une tache blanche entourée d'une zone congestive indurée de la région du cou. Cette lésion serait apparue depuis quelques semaines et le malade l'attribue au frottement de son col de tunique.

o

OBSERVATION N° 20
DE BLASCKO (1905)

Femme de 46 ans qui après une blessure de l'index droit vit apparaître une sclérodactylie de cette main qui s'est bilatéralisée et s'est progressivement étendue au visage, aux jambes et aux pieds.

o

OBSERVATION N° 21
DE PINKUS (1906)

Vieille femme présentant une bande de sclérodémie du front d'aspect cicatriciel et lamellaire dans sa partie supérieure.

L'affection s'est développée progressivement après un traumatisme du front.

o

OBSERVATION N° 22
DE TOUCHARD (1906)

L'auteur rapporte le cas d'une femme de 53 ans qui, après un traumatisme de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit a présenté une sclérodémie généralisée.

o

OBSERVATION N° 23
DE KRYSTALOWITCH (1906)

Jeune fille de 15 ans a présenté 20 mois après une plaie de la jambe droite un oedème rouge et douloureux. Après la régression de celui-ci, on voit apparaître un tégument induré et couvert de squames, puis la lésion se bilatéralise. Ainsi se trouvent constituées des

plaques et des bandes occupant cuisses et jambes. Des ulcérations et des abcès multiples accompagnent la sclérodermie.

o

OBSERVATION N° 24
DE MORRANT BAKER (1907)

Femme de 44 ans qui, après une ablation du sein gauche vit apparaître une sclérodermie qui s'est progressivement étendue au thorax, à la face et au bras gauche.

o

OBSERVATION N° 25
DE PRINGLE (1907)

Femme de 44 ans qui après une exérèse du sein droit pour carcinome présenta une sclérodermie presque généralisée. L'affection est apparue trois mois après l'intervention.

o

OBSERVATION N° 26
DE LILIENTHAL (1908)

Homme de 25 ans présente une ulcération de la cuisse gauche produite par le frottement d'un outil attaché à sa ceinture. Par la suite, se développent des taches sur la cuisse et sur l'abdomen allant de la ligne axillaire aux fesses. Sur la cuisse gauche, la plaque descend en chaîne jusqu'à la malléole externe ; sur la fesse droite une autre plaque descend sur la cuisse jusqu'au creux poplité.

Il est à remarquer que la disposition suit à peu près la distribution du 4ème nerf lombaire.

OBSERVATION N° 27
DE BUNSCH (1909)

Fillette de 5 ans qui après une chute sur le front, a présenté quinze jours plus tard une petite tache. L'extension graduelle aboutit à une plaque atrophique, déprimée, jaunâtre, suivant le trajet du nerf sus-orbitaire droit.

OBSERVATION N° 28
DE DUBREUILH (1909)

Fillette qui, à l'âge de trois ans, a reçu un coup sur la tête.

La cicatrice s'est teintée en brun puis s'est constituée progressivement une bande de sclérodermie atrophique allant de la suture occipito-pariétale à l'apophyse orbitaire droite.

OBSERVATION N° 29
DE LEBAR ET ROUTIER (1910)

Homme de 33 ans renversé par un tramway.

A l'hospitalisation, il présente un traumatisme cranien avec perte de connaissance pendant deux heures et un traumatisme lombaire provoquant une anurie. Il n'est signalé aucune

anomalie cutanée.

Le lendemain matin, on constate une sclérodémie généralisée prédominant surtout au cou, thorax, et abdomen.

o

OBSERVATION N° 30
DE COLLIN (1905)

Homme de 41 ans a présenté un mois après une chute sur le thorax une plaque de sclérodémie typique avec lilac-ring développé au point d'impact.

Par la suite d'autres plaques se formèrent à la périphérie de la plaque initiale.

o

OBSERVATION N° 31
DE CASSIRER (1915)

Jeune femme de 26 ans qui, depuis l'âge de 18 ans, vit apparaître successivement un oedème du côté gauche du cou, puis des taches brunes du côté droit ; ces éléments s'induraient par la suite. Puis des taches semblables sont apparues sur la nuque, poitrine, dos, donnant l'impression qu'elles étaient produites par des frottements du col et du corset.

o

OBSERVATION N° 32
DE BOUTTIER (1915)

Homme de 51 ans qui après un effort violent a ressenti une vive douleur dans les deux bras, la peau devenant bleu violacé.

Ces signes durèrent deux mois après quoi la gêne à la mobilisation s'accrut et s'étendit aux jambes. Enfin des taches de sclérose se dessinèrent le long des 2 jambes en particulier sur la face postéro-externe.

o

OBSERVATION N° 33
DE BROCCQ (1915)

Jeune homme de 21 ans qui, au cours d'instruction militaire, se contusionne le bras droit avec la crosse de son fusil, présente quelques jours après une rougeur diffuse du membre qui s'ankylose en l'espace de deux semaines.

Son médecin de régiment constate au bout d'un mois une bande scléreuse s'étendant du poignet jusqu'à l'épaule, adhérente aux plans profonds.

o

OBSERVATION N° 34
DE BURNIER (1919)

Homme de 72 ans, renversé par une voiture présente des hématomes étendus des deux jambes avec importants oedèmes.

Une sclérodernie typique s'est progressivement substituée aux oedèmes.

o

OBSERVATION N° 35
DE KINGERY (1922)

Etudiant de 26 ans pour lequel une anesthésie régionale profonde à la procaine a été nécessaire pour l'extraction d'une prémolaire inférieure gauche.

Après un délai de trois semaines, une plaque de sclérodermie apparaît au niveau du point d'injection de l'anesthésique.

L'auteur souligne que l'origine nerveuse ne peut être mise en doute dans certains cas.

OBSERVATION N° 36
DE GROEDEL & HUBERT (1925)

Homme de 42 ans qui après un grave accident d'automobile ayant provoqué une fracture et des hématomes des deux bras vit, quelques mois après, des nodules sur les mains ; puis un an après une sclérodermie des mains s'était constituée. Au bout de deux ans, le processus s'est généralisé à tout le corps, produisant des troubles musculaires et des arthropathies importantes.

OBSERVATION N° 37
DE BARTHELEMY (1929)

Homme de 49 ans dont l'arrière de la voiture a été heurté par une locomotive sur un passage à niveau. Le patient ne fut pas blessé mais fortement émotionné. Il put néanmoins repartir avec sa voiture.

Progressivement une sclérodermie s'installe au bout de huit mois faisant du malade un grabataire incapable des moindres gestes de la vie courante. Dans les antécédents de ce malade, on retrouve un éthylysme marqué et des algies rhumatismales fréquentes et douloureuses.

L'auteur rapporte dans son observation tout le processus d'expertise qui fut fait et

qui conclut que si le patient a présenté une sclérodermie généralisée en huit mois, il eut été fort probable que même sans l'accident la maladie aurait évolué et, partant, l'accident ne peut être retenu que comme facteur aggravant.

o

OBSERVATION N° 38
DE KLAUSS-HALTER (1939)

Homme de 40 ans qui, à la suite d'un phlegmon en V des gaines tendineuses de la main gauche avec lésion du nerf médian a vu se constituer progressivement en 6 mois une sclérodermie typique de tout le membre blessé.

o

OBSERVATION N° 39
DE GOUGEROT, BLUM et DUPERRAT (1944)

Le malade, âgé de 31 ans, ayant subi un choc du membre inférieur droit, provoqué par la déflagration d'une bombe d'avion, présente trois mois après les premiers signes d'une sclérodermie polymorphe de ce membre inférieur, qui évolue pendant deux ans puis se stabilise. Un examen histologique a confirmé le diagnostic de sclérodermie.

o

OBSERVATION N° 40
DE DIETZE (1953)

Le malade présente une sclérodermie en bande de la jambe et de la cuisse droite. Trois mois avant le malade avait été accidenté sur

la voie publique et n'a présenté que des hématomes du mollet droit avec oedèmes.

A la régression des hématomes et des oedèmes a pris suite la sclérodermie qui, dans les mois qui suivirent, s'est accompagnée d'une atrophie importante des muscles sous-jacents.

o

OBSERVATION N° 41
DE C. SCHIRREN (1954)

L'auteur rapporte le cas d'une malade de 37 ans blessée en 1945 par des éclats de bombe dans la région gauche du dos. Trois mois après apparaît une pigmentation et progressivement se constitue une sclérodermie en plaque de la nuque, du dos, du cou et d'une partie de l'abdomen.

--:-

ETUDE D'ENSEMBLE

-:-

Les quarante et une observations peuvent être classées en première analyse sous quatre rubriques :

- I - Sclérodermies de type généralisé dans lesquelles les lésions sont constituées par des nappes diffuses extensives, s'étendant très à distance de la région traumatisée et s'accompagnant presque toujours de sclérodactylie.
- II - Sclérodermies circonscrites à éléments disséminés dans lesquelles seules la lésion initiale coïncide avec le point d'impact du traumatisme.
- III - Sclérodermies circonscrites à élément unique coïncidant strictement avec le point d'impact.
- IV - Sclérodermies diffuses ou circonscrites mais ne débordant pas la région anatomique qui a été le siège du traumatisme.

-:-

I.- LES SCLERODERMIES GENERALISEES POST-TRAUMATIQUES

Une telle éventualité a pu être retenue treize fois sur les 41 cas, soit 31,5 % des cas environ.

Parmi ces observations, la plus suggestive est celle de GROEDEL et HUBERT (N° 36) :

a) Le Traumatisme paraît souvent hors de proportion avec l'importance de la maladie :

- Observation N° 22 - traumatisme de l'articulation métacarpo-phalangienne
- Observation N° 20 - plaie de l'index
- Observation N° 11 - traumatisme du genou sans fracture
- Observation N° 12 - hématome de la jambe
- Observation N° 6 - Luxation du médius.

Bien que la sclérodermie soit survenue dans des délais assez courts, il est très difficile d'attribuer dans ces cas un rôle certain au traumatisme car il s'agit de formes sévères avec sclérodactylie.

b) Dans d'autres observations pourtant, ce rôle paraît moins discutable :

Observation N° 36 : Fracture des bras puis sclérodactylie suivie de généralisation.

Les deux observations suivantes permettent

peut-être de la rattacher à un facteur purement émotionnel dont le rôle déclenchant a été signalé maintes fois dans le cadre de ces formes généralisées en dehors de tout traumatisme.

Observation N° 37 - Choc émotif à l'occasion d'un accident de voiture chez un éthylique.

Observation N° 10 - Coup de pied sur la fesse gauche chez un enfant de 11 ans. Il est vraisemblable que le terrain intervient de façon importante chez de tels sujets pour amplifier les réponses neuro-végétatives. Par ailleurs, il est difficile de voir dans ce facteur autre chose qu'un élément de révélation d'une maladie jusque là latente.

c) Les deux observations suivantes posent un problème un peu différent:

Observation N° 29 - Sclérodémie suraiguë à la suite d'un traumatisme cranien avec perte de connaissance.

Observation N° 13 - Traumatisme cranien grave de la région occipitale ; survenue d'une sclérodémie généralisée 3 à 4 mois après.

On connaît en effet l'existence, à la suite de comas prolongés, traumatique, toxique, ou neurologique, de para-ostéo-arthropathies, d'installation rapide caractérisées par une sclérose et une calcification des muscles para-articulaires qui ne sont pas sans analogie avec certaines formes de sclérodémie. Il est possible alors que les lésions du système nerveux central interfèrent directement dans le déclenchement de la maladie.

d) Les deux dernières observations N° 24-25 font état d'un mécanisme tout à fait différent: amputation du sein pour carcinome mammaire.

Il est probable que dans ces cas le traumatisme opératoire n'intervient pas mais que la tumeur maligne soit responsable du développement de la maladie. On sait en effet que dans un certain nombre de cas difficiles à évaluer les collagénoses sont symptomatiques d'une néoplasie latente.

Le fait est très connu ; pour les dermatomyosites 13 à 17,7 % des cas suivant les auteurs, il a été également signalé pour les sclérodermies généralisées comme pour les autres collagénoses (lupus érythémateux aigu TABERNA et GUILAINE).

Il se trouve que le cancer mammaire occupe une place importante parmi les tumeurs généralisées de collagénoses (24 %).

e) Sur le plan clinique les sclérodermies généralisées post-traumatiques ne présentent aucune particularité propre. Le début se fait plus souvent de façon progressive que brutale. L'infiltration du tégument ne débute pas en règle au point d'impact du traumatisme mais presque toujours par les mains. L'atteinte de la face a été signalée dans un cas ainsi que des troubles vaso-moteurs des extrémités (Obs. 32 et 20). L'évolution se fait inexorablement vers l'extension progressive car il s'agit dans tous les cas de formes sévères très évolutives.

L'observation de NIXON est seule à faire mention d'une forme systématisée à la moitié gauche du corps.

L'âge des malades oscille entre 11 et 53

ans avec un maximum pour la 5ème décade (7 sur 13). On compte cinq femmes pour huit hommes.

f) En conclusion, les Sclérodermies généralisées post-traumatiques sont d'existence contestable car dans l'immense majorité des cas le traumatisme est hors de proportion avec l'importance de la maladie générale qui prend habituellement une évolution sévère et inexorable. Les premières lésions ne coïncident pas avec le point d'impact et tout au plus est-il possible de retenir un facteur émotionnel qui sur un terrain spécial peut révéler une maladie jusque là latente.

Tout à fait différent est le problème du traumatisme opératoire sur tumeur maligne car on sait actuellement que les collagénoses sont parfois symptomatiques d'un tel processus.

II.- LES SCLERODERMIES CIRCONSCRITES A
ELEMENTS DISSEMINES DANS LESQUELLES
LA LESION INITIALE SEULE COINCIDE
AVEC LE POINT D'IMPACT DU TRAUMATISME.

Cette éventualité a été retenue 9 fois sur les 41 cas, soit 22 % des cas environ. Parmi ces observations, la plus suggestive est celle de RIEBL (Observation n° 9).

Deux grands types de traumatismes peuvent être distingués dans la genèse de ces formes qui paraissent d'une fréquence égale :

- microtraumatismes répétés à type de pression ou de frottement (5 cas).

Il peut s'agir de frottement par vêtement (col - corset : Observation N° 31) - par pièces de monnaie dans une poche (Obs. N° 18) - de pressions anormales (tête de nourrisson (Obs. N° 9) ou même physiologiques (Obs. N° 16).

- ou bien de traumatismes plus importants mais uniques : Eclats d'obus (Obs. N° I) - Chute (Obs. N° 2 et 30) - Plaie de la paroi abdominale (Obs. N° 14).

Mais dans certains cas il est difficile de dire si c'est l'importance du traumatisme ou sa répétition qui domine (Obs. N° 4).

Dans tous ces cas, au point d'impact du traumatisme est apparue en quelques semaines,

quelques mois, une morphee absolument typique. La lésion a débuté par une tache érythémateuse rose lilacée qui en s'étendant blanchit et s'indure en son centre atteignant des dimensions variables.

La bordure érythémateuse persiste longtemps constituant un "lilac ring" extrêmement typique, plus ou moins étendu, ne disparaissant qu'avec la stabilisation des lésions.

Des formes pigmentaires de ces sclérodermies en plaques disséminées ont été mentionnées (Obs. N° 41 et N° 4). Peu de temps après l'apparition de cette plaque initiale d'autres plaques sont apparues à distance avec les mêmes caractères cliniques.

En règle, elles sont disséminées sans ordre. Dans un seul cas, la dissémination a paru se faire de façon centrifuge à partir de la lésion initiale (Obs. N° 30). Le pronostic reste le même que celui de la Sclérodermie en plaque. L'évolution se fait vers la stabilisation après une période souvent longue.

L'âge des malades oscille entre 2 et 46 ans avec un maximum pour la troisième décade (4 sur 9). Le sexe féminin compte 5 cas sur 9.

En conclusion, la Sclérodermie circonscrite post-traumatique à éléments disséminés se caractérise par la survenue du premier élément au point d'impact du traumatisme. Il s'agit d'une morphee en plaque absolument typique que rien ne distingue des autres éléments éruptifs qui lui succèdent ; ceux-ci se disséminent sans ordre.

Le pronostic reste celui de la Sclérodermie en plaque, donc tout à fait bénin, l'évolution se faisant vers la stabilisation en un temps plus ou moins long.

Le traumatisme paraît dans tous les cas n'avoir joué qu'un rôle d'appel d'une maladie jusque là latente ; il peut s'agir de micro-traumatismes répétés ou d'un traumatisme unique et violent.

III.- SCLERODERMIES CIRCONSCRITES A ELEMENT UNIQUE COINCIDANT STRICTEMENT AVEC LE POINT D'IMPACT DU TRAUMATISME.

Cette éventualité a pu être retenue 8 fois sur les 41 cas, soit 19 % des cas environ.

Deux grands types cliniques peuvent alors être réalisés avec une égale fréquence, soit sclérodermie en plaque isolée, soit sclérodermie en bande plus ou moins étendue.

a) La Sclérodermie en plaque isolée (4 cas). Elle peut faire suite à des micro-traumatismes répétés :

Obs. N° I - Sclérodermie en plaque du triangle de Scarpa secondaire au port d'un bandage herniaire.

Obs. N° 19 - Sclérodermie en plaque du cou par frottement de col de tunique.

Elle peut aussi faire suite à un traumatisme unique :

Obs. N° 17 - Sclérodermie en plaque de la face postérieure de l'épaule à la suite d'un coup.

Obs. N° 36 - Sclérodermie en plaque du maxillaire à la suite d'une injection d'anesthésique.

Dans tous ces cas, il s'agit de morphées typiques avec lilac ring, en particulier Obs. N° I, il s'agissait d'une forme télangiectasique et bulleuse, aspect déjà connu pour les sclérodermies spontanées secondairement traumatisées.

Les bulles sont apparues sur un placard sclérodermique du triangle de Scarpa d'aspect déchiqueté sur ses bords - ivoirin en son centre, entouré d'un halo violacé à la périphérie - les bulles étaient hémorragiques et laissaient place à des croûtelles.

b) La Sclérodermie en bande isolée (4 cas)

Elle fait toujours suite à un traumatisme unique (chute ou coup) : dans trois de ces cas se localise au front réalisant la classique sclérodermie en coup de sabre. Les lésions se disposent en une bande unique continue de 20 à 50 millimètres de large, de longueur variable (de l'apophyse orbitaire à la suture occipito-pariétale (Obs. 28) de la rotule à l'épine iliaque antéro-supérieure (Obs. N° 3)

La bande a un aspect jaunâtre, lardacée, adhérent aux plans sous-jacents, limitant les mouvements du membre. Le lilac ring est souvent absent.

Dans tous ces cas, la bande sclérodermique s'identifie très nettement à un trajet nerveux (nerf sus-orbitaire ou fémoro-cutané). Au cuir chevelu la lésion donne un aspect d'alopecie cicatricielle.

L'âge et le sexe de tous ces cas de Sclérodermie localisée s'établissent comme suit : entre 3 et 70 ans avec un maximum pour la 1ère décade (3 cas). La répartition des sexes est égale.

En conclusion, les sclérodermies circonscrites localisées post-traumatiques réalisent deux grands aspects :

Sclérodermie en plaque avec "lilac ring" typique et Sclérodermie en bande.

Si dans le second cas la topographie radiaire de la lésion paraît certaine il n'en est pas de même pour les Sclérodermies en plaque. Celles-ci peuvent succéder à des micro-traumatismes répétés alors que les premières succèdent en règle à un traumatisme unique et violent.

IV.- LES SCLERODERMIES REGIONALES POST-TRAUMATIQUES

Elle groupe onze observations de nos 41 cas, soit 27,5 %.

La classification de ces cas est extrêmement difficile.

a) Les observations 7 - 33 et 40 sont relativement similaires.

Elles font mention de sclérodermies en bandes pluri-segmentaires d'un membre, soit supérieur (Obs. 7) soit inférieur (Obs. 33 et 40), dépassant largement dans tous les cas le point d'impact des traumatismes mais restant loco-régionales sans généralisation. Toutefois, l'observation N° 40 ne permet pas d'évoquer formellement une topographie radiculaire qui paraît s'imposer dans les deux autres observations, nerf saphène interne dans l'observation N° 7 et nerf brachial cutané interne dans l'observation N° 33.

b) Les observations 5 - 8 - 26 - 34 - 38 et 39 sont également comparables.

Elles font mention de sclérodermies diffuses s'étendant à distance du point d'impact pour intéresser l'ensemble du membre traumatisé sans toutefois le déborder.

Dans la plupart de ces cas il existe des

hématomes importants des parties molles avec oedèmes et la sclérodermie s'installe lors de la régression de ces derniers. Plus que le traumatisme d'un tronc nerveux c'est la contusion des parties molles qui paraît présider à leur apparition. L'observation de GOUGEROT, BLUM et DUPERRAT est particulièrement suggestive à ce point de vue car il n'y a pas eu traumatisme direct mais déflagration. Dans tous ces cas également les lésions musculaires sous-jacentes à la sclérodermie paraissent très importantes. Toutefois, l'observation N° 38 paraît devoir faire exception à cette règle.

Les observations 15 - 23 et 26 apportent un fait nouveau : la bilatéralité, bien que se rattachant par de nombreux points aux précédentes. L'observation 15 : sclérodermie diffuse des deux membres inférieurs à la suite d'une chute sur le coccyx est en faveur du facteur radiculaire. Par contre, le point d'impact des traumatismes invoqués dans les observations 26 et 23 ne permet d'expliquer la bilatéralisation au métamère contro-latéral que par un mécanisme réflexe très hypothétique.

c) En conclusion, les Sclérodermies régionales post-traumatiques groupent deux ordres de faits :

a/ Les Sclérodermies en bande pluri-segmentaires dans lesquelles le facteur radiculaire paraît jouer un rôle important.

b/ Les sclérodermies diffuses ou polymorphes dans lesquelles plus que le facteur radiculaire c'est l'attrition des parties molles qui paraît le facteur dominant.

Les sclérodermies restent purement régionales et évoluent vers la stabilisation.

V.- LES SCLERODERMIES ANNULAIRES POST-
TRAUMATIQUES SONT LES MIEUX CONNUES,
C'EST POURQUOI NOUS INSISTERONS PEU
SUR LEUR ASPECT.

Deux grands types peuvent être distingués :

a) La balanitis Xerotica obliterans post-operationem ou Maladie de Sthamer est connue depuis très longtemps. Elle s'intègre dans le cadre des scléro-atrophies balano-préputiales ou Kraurosis penis, syndrome complexe réalisé par un état atrophique et parfois leucodermique de la muqueuse avec sclérose progressive de l'anneau préputial et parfois rétrécissement du méat urinaire. Ces lésions aboutissent à un phimosis permanent et irréductible.

Parmi les étiologies envisagées devant un tel tableau :

- mécanisme infectieux (balanite interstitielle et profonde de Fournier)

- mécanisme endocrinien (Kraurosis génital masculin de Delbanco)

- lichen plan (Degos)

- La sclérodermie a été retenue dans un certain nombre de cas par Gougerot (Association à des morphées en goutte du fourreau).

Mais dans certains cas il est difficile de se prononcer sur la part exacte de ces deux

derniers mécanismes (maladie licheno-sclérodermique de Gougerot).

On comprend mieux alors que les scléro-atrophies balano-préputiales secondaires à une circoncision fassent discuter le rapport avec la sclérodermie annulaire post-traumatique quoique certains auteurs insistent sur le facteur infectieux.

b) Les Sclérodermies annulaires congénitales des enfants frappant un membre ou un ou plusieurs doigts sont également connues depuis très longtemps. On sait qu'elles peuvent aboutir à un éléphantiasis sus-jacent ou à une amputation spontanée. Elles s'apparentent morphologiquement à l'aïnhum (brides de la base du 5ème orteil observées de façon endémique chez les nègres). Elles paraissent répondre à des brides amniotiques et s'apparentent de ce fait aux sclérodermies post-traumatiques.

CONCLUSIONS

--

En dehors des Sclérodermies annulaires, deux grands types de Sclérodermies post-traumatiques peuvent être opposés aux termes d'une étude de 41 cas dont deux inédits ici rapportés.

1° - Des sclérodermies généralisées et des sclérodermies circonscrites à éléments disséminés qui se présentent comme des maladies générales très occasionnellement révélées par un traumatisme intercurrent ; celui-ci est en règle hors de proportion avec l'importance de l'affection et ne joue, le plus souvent, qu'un rôle très accessoire pour ne pas dire négligeable.

2° - Des sclérodermies loco-régionales dans lesquelles le rôle du traumatisme paraît déterminant.

- Dans les sclérodermies en bandes, localisées ou étendues, la contusion radiculaire semble très importante.

- Dans les sclérodermies régionales diffuses, au contraire, c'est l'attrition des parties molles qui paraît jouer le rôle majeur.

- Dans les sclérodermies en plaque isolée, on ne peut tirer aucune conclusion formelle,

sinon insister sur le rôle des micro-traumatismes répétés, jamais en cause dans les formes précédentes.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : R. DEGOS	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

BARTHELEMY

Sclérodermie généralisée et traumatisme
Archives Dermato-Syphiligraphiques
1929 pages 617-626

BERNHARDT und SCHWABACH

Drei Fälle von Sklerodermie
Berliner Klinische Wochenschrift
Nov. 1875 page 635

BLASCHKO

Sklerodermie und Sklerodactylie
Dermatologische Zeitschrift Mai 1905
page 326

BUNSCH

Morphea
British Journal of Dermatology
Janvier 1909 page 24

R. BURNIER

Sclérodermie et traumatisme
Bulletin de la Société de Derm. et
Syph. Séance du 13 nov. 1919 pages 294-
295

BROCQ

inédite - citée par Thibierge

CULLEN

Presentation of a case of scleroderma
John Hopkins Hospital Bulletin 1904
page 108

DEGOS R.

Dermatologie
Flammarion Paris 1953

DERCUM

Scleroderma
Journal of nervous and mental diseases
1896 N° 7 page 431

DIETZE A.

Sklerodermie und Trauma
Munchener Medizinische Wochenschrift
1953 page 406-407

DUBREUILH

Sclérodermies en bandes frontales
Annales de Dermatologie et Syphiligraphie Année 1909 page 255

EDDOWES

Acute Sclerodermia
British Journal of Dermatology
oct. 1905 page 373

FIEBER

Zur Galvanischen Behandlung der
Sklerodermie
Wiener klinische Wochenschrift
1870 page 1331

H. GOUGEROT, P. BLUM et DUPERRAT

Le problème de la Sclérodermie post-traumatique
Bulletin de la Société Française de
Dermatologie et Syphiligraphie Séance
du 14 décembre 1944 pages 317-318

GRAENDEL und HUBERT

Ein Fall von Sklerodermie nach Anfall
Wiener klinische Wochenschrift 1925
N° 15 page 409

GRUNFELD

Kasuistische Beiträge zur Lehre von der
Sklerodermie
Inaugural Dissertation
Leipzig 30 oct. 1894

KINGERY

Scleroderma following nerve injury
Arch. of Dermatology and Syphiligraphy
Mai 1922 p. 579

KLAUS-HALTER

Hautveränderungen unter den Bildern
der progressiven Sklerodermia entstanden
in Gefolgen peripherer Nerven Verletzungen
Dermatologische Wochenschrift Vol. 109
N° 38 sept. 1939 pages 1133-1142

KRYSTALOWITCH

Ein Beitrag zur Histologie der diffusen
Sklerodermie
Monatsheft für praktische Dermatologie
Tome XLII 1906 page 143

LEBAR et ROUTIER

Sclérodémie suraiguë post-traumatique
avec anurie
Bulletin de la Société Médicale des
Hôpitaux de Paris
Mai 1910 page 503

LEISSIN K.

Breitrag zur Lehre von der Sklerodermia
Adultorum, namentlich in Bezug auf die
Verwandschaft zur Elephantiasis Arabum
Deutsche Klinik 1869 page 27

LESLIE ROBERTS

Scleroderma following injury in a
child and resulting in contraction
of the right index finger
British Journal of Dermatology
Av. 1900 page 118

LILIENTHAL

Fall von Sklerodermie
Berliner dermatologische Gesellschaft
Décembre 1908
Dermatologische Centralblatt 1909
page 157

MATZMAUER

Sclérodermie en Plaque
Wiener dermatologische Gesellschaft
Oct. 1903

MORRANT-BAKER

Scleroderma
British Journal of Dermatology
Août 1907 page 283

NIXON

Scleroderma, hemiatrophy of face
and limbs
Dublin Journal of Medical Science
1891 page 97

PINKUS

Streifen formige Sklerodermie
Berliner dermatologische Gesellschaft
14-XI-1905
Dermatologische Zeitschrift Février
1906 page 116

PRINGLE

Diffuse Scleroderma
British Journal of Dermatology
Août 1907 page 289

RIEBL

Sklerodermie
Gesellschaft der Aerzte in Wien
Avril 1890

SCHAFFER

Demonstration von Sklerodermie Fällen
Verhandlungen der Deutschen Dermato-
logischen Gesellschaft IV Congress
1894 page 514

SCHIRREN C.

Beitrag zur Frage Sklerodermie und
Trauma
Der Hautarzt 1954 page 258

SCHTSCHEKIN

Société de dermatologie et vénérolo-
gie de Charkow 27 mars 1903
rapporté par Dermatologische Zeitschrift
Av. 1904 page 265

SYMPSON

Case of scleroderma affecting the left
lower extremity
British Medical Journal Juin 1884
page 1089

TABERNAT J. et GUILAINE J.

Les manifestations cutanées des cancers
profonds
La Revue du Praticien 7 985 1957

THIBIERGE (G.)

Traumatisme et sclérodermie
Annales de Dermatologie et syphilogra-
phie Tome 5 p. 645 année 1915

TORGGLER

Schräges Becken in Folge von Sklero-
dermie
Centralblatt für Gynäkologie 1889
N° 85 page 612

TOUCHARD

Recherches anatomo-cliniques sur la
sclérodermie généralisée
Thèse Paris 25 janvier 1906 page 121

ULLMANN

Fall von Sklerodermie circumscript
multiplex durch lokalen Druck entstan-
den
Wiener Dermatologische Gesellschaft
15 mai 1905
Archiv für Dermatologie October 1905
Tome LXXVII page 117

WEBER

Ein Fall von Sklerodermie
Correspondanz Blatt für Schweitzen
Aerzte 1878 page 622



